

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep *Overweight* dan gizi kurang dan gizi lebih

2.1.1 Definisi *Overweight* dan gizi kurang dan gizi lebih

Menurut Soeharto (2007: 74), Gizi kurang dan gizi lebih adalah kata yang digunakan untuk menunjukkan adanya penumpukan lemak tubuh (*body fat*) yang melebihi batas normal. *Overweight* adalah suatu keadaan berat badan anak balita yang melebihi berat badan normal atau seharusnya. Dengan demikian, anak yang menderita kegemukan pasti mengalami kelebihan berat badan, tetapi anak yang mengalami kelebihan berat badan belum tentu menderita kegemukan (*Gizi kurang dan gizi lebih*) (Agoes, 2003).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi *Overweight* dan gizi kurang dan gizi lebih

Menurut Soeharto (2004: 80 – 81), gizi kurang dan gizi lebih dipengaruhi beberapa faktor sebagai berikut:

1. Faktor Makanan

Jika seseorang mengkonsumsi makanan dengan kandungan energi sesuai yang dibutuhkan tubuh, maka tidak ada energi yang disimpan. sebaliknya jika mengkonsumsi makanan dengan energi melebihi yang dibutuhkan tubuh, maka kelebihan energi akan disimpan, Sebagai cadangan energi terutama sebagai lemak seperti telah diuraikan diatas.

2. Faktor kekurangan aktivitas fisik dan kemudahan hidup

Kegemukan juga dapat terjadi bukan karena makan yang berlebihan, tetapi karena kurang aktivitas fisik dan kecenderungan bermalasan-malasan (*sedentary behavior*) sehingga terjadi kelebihan energi. Berbagai kemudahan hidup juga menyebabkan berkurangnya aktivitas fisik, kemajuan teknologi diberbagai bidang kehidupan mendorong masyarakat untuk menempuh kehidupan yang tidak memerlukan kerja fisik yang berat. Mekanisme industri, membanjirnya kendaraan bermotor, pengguna mesin cuci untuk keperluan rumah tangga, menjadikan jumlah penduduk yang melakukan pekerjaan fisik berkurang, sehingga meningkatkan jumlah gizi kurang dan gizi lebih dalam masyarakat.

3. Faktor genetik

Tidak dapat dibuktikan adanya faktor genetik yang berpengaruh terhadap gizi kurang dan gizi lebih, akan tetapi tidak jarang ditemukan adanya beberapa penderita gizi kurang dan gizi lebih dalam satu keluarga.

4. Faktor usia

Wanita yang mengalami gizi kurang dan gizi lebih terbanyak pada usia 45 - 55 tahun.

5. Faktor psikologis

Pada beberapa individu akan makan lebih banyak dari biasa bila merasa diperlukan suatu kebutuhan khusus untuk keamanan emosional (*security food*).

2.1.3 Resiko *Overweight* dan gizi kurang dan gizi lebih

Resiko yang ditimbulkan dari kegemukan dan gizi kurang dan gizi lebih diantaranya:

1). Psikososial

Gizi kurang dan gizi lebih memberikan hambatan – hambatan fisik, sosial, dan psikososial. Orang gemuk mempunyai banyak kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik, sehingga mengurangi kesempatan untuk mengikuti berbagai kegiatan sosial. Masyarakat sendiri walaupun menganggap bahwa gizi kurang dan gizi lebih tersebut wajar sebagai suatu tanda kemakmuran, tetapi tampaknya mereka kurang menyukai gizi kurang dan gizi lebih itu sendiri. Bagi orang gemuk sendiri dapat timbul rasa rendah diri, rasa tertekan serta keputusasaan.

2). Medis

Orang gemuk cenderung sering sakit, semakin gemuk semakin sering sakit. Kelainan metabolisme yang sering terjadi pada gizi kurang dan gizi lebih tampaknya berhubungan dengan besarnya lapisan lemak dan semua gangguan metabolik. Kelainan tersebut umumnya berupa:

- (1). *Hiperglikemia* yang terjadi merupakan konsekuensi kelainan, setelah sel beta pankreas tidak dapat memenuhi kebutuhan insulin yang semakin meningkat.

- (2). Regulasi *Growth Hormone* yang abnormal dimana tidak terjadi kenaikan kadar hormon pada keadaan kelaparan atau puasa.
 - (3). Akibat lain kurangnya pengaruh insulin adalah adanya mobilisasi lemak yang dapat dilihat dari adanya kenaikan kadar *Free Fatty Acid* (FFA) dan gliserol.
 - (4). Aktivitas *lipoprotein lipase* yang meningkat pada sel lemak yang hipertropik, dapat menyebabkan tendensi untuk penimbunan lemak bagian endogen maupun eksogen pada jaringan lemak.
 - (5). Terdapatnya defisiensi *glikofosfat dehidrogenase intramitokondrial* yang secara teoritis dapat menyebabkan pengaruh pada lipogenesis.
 - (6). *Hipertrigliseridemia* yang terjadi berhubungan dengan resistensi terhadap insulin. Kadar trigliseridemia pada populasi berhubungan dengan tebal lipatan kulit dan terutama dengan kenaikan berat badan.
 - (7). Kadar kolesterol darah yang meninggi, berhubungan dengan gizi kurang dan gizi lebih walaupun tidak setinggi *hipertrigliseridemia*.
 - (8). Tampak adanya hubungan metabolisme antara gizi kurang dan gizi lebih, kadar gula darah dan kadar lipid darah yang rupanya erat kaitannya dengan tendensi dalam menimbulkan komplikasi *Arterosklerosis* pada gizi kurang dan gizi lebih.
- 3). Angka Kematian

Pada kelompok gizi kurang dan gizi lebih umumnya ditemukan angka kematian yang lebih tinggi daripada kelompok berat badan normal. Angka kematian yang tinggi ini terutama disebabkan oleh peningkatan insiden hipertensi dan penyakit jantung koroner, disamping akibat lain obesita seperti diabetes mellitus dan stroke.

4). Resiko Lain Yang Terjadi

Pada orang gemuk, karena kelebihan berat badan akan terjadi lipatan kulit yang lebih banyak dengan kelembaban yang lebih tinggi, hingga mempermudah terjadinya infestasi jamur di lipatan kulit tersebut, terutama daerah axilla, perineal serta bawah lipatan payudara.

Osteoarthritis lebih sering terjadi terutama pada sendi yang menahan berat badan, diagnosa gizi kurang dan gizi lebih dapat ditegakkan secara mudah dengan pengamatan mata langsung dan juga dengan mengukur tinggi badan dan berat badan.

2.1.4 Angka Index Massa Tubuh

Indeks massa tubuh (IMT) adalah ukuran berat badan dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badan dalam meter. Dikategorikan *overweight* jika $IMT > 27 \text{ kg/m}^2$ dan gizi kurang dan gizi lebih jika $IMT > 27 \text{ kg/m}^2$. Berdasarkan WHO (2005) IMT anak dan remaja ditetapkan dalam grafik IMT/U yang disesuaikan dengan umur dan jenis kelamin. Adapun klasifikasi IMT/U sebagai berikut:

- Kurus : $< - 2$ Standar Deviasi (SD)
- Normal : $- 2 \text{ SD s/d } 1 \text{ SD}$
- Overweight : $> 1 \text{ s/d } 2 \text{ SD}$
- Gizi kurang dan gizi lebih : $> 2 \text{ SD}$

Mengevaluasi hubungan antara tinggi dan berat badan adalah *Body Mass Index* (BMI). Rumus yang digunakan untuk menggunakan BMI secara umum, yaitu:

$$BMI = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan ((m)}^2)}$$

2.2 Konsep Anak Usia Sekolah

2.2.1 Definisi Anak Usia Sekolah

Menurut Wong (2009), usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

2.2.2 Ciri-ciri Anak Usia Sekolah

Menurut Hurlock (2002), orang tua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini dan label-label itu mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak usia sekolah, yaitu sebagai berikut:

1. Label yang digunakan oleh orang tua

1) Usia yang menyulitkan

Suatu masa dimana anak tidak mau lagi menuruti perintah dan dimana ia lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebaya daripada oleh orang tua dan anggota keluarga lainnya.

2) Usia tidak rapi

Suatu masa dimana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan. Sekalipun ada peraturan keluarga yang ketat mengenai kerapihan dan perawatan barang-barangnya, hanya beberapa saja yang taat, kecuali kalau orang tua mengharuskan melakukannya dan mengancam dengan hukuman.

2. Label yang digunakan oleh para pendidik

1) Usia sekolah dasar

Pada usia tersebut anak diharapkan memperoleh dasar-dasar pengetahuan yang dianggap penting untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa, dan mempelajari berbagai keterampilan penting tertentu, baik keterampilan kurikuler maupun ekstra kurikuler.

2) Periode kritis

Suatu masa di mana anak membentuk kebiasaan untuk mencapai sukses, tidak sukses, atau sangat sukses. Sekali terbentuk, kebiasaan untuk bekerja dibawah, diatas atau sesuai dengan kemampuan cenderung menetap sampai dewasa. telah dilaporkan bahwa tingkat perilaku berprestasi pada masa kanak-kanak mempunyai korelasi yang tinggi dengan perilaku berprestasi pada masa dewasa.

3. Label yang digunakan ahli psikologi

1) Usia berkelompok

Suatu masa di mana perhatian utama anak tertuju pada keinginan diterima oleh teman-teman sebaya sebagai anggota kelompok, terutama kelompok yang bergengsi dalam pandangan teman-temannya. Oleh karena itu, anak ingin menyesuaikan dengan standar yang disetujui kelompok dalam penampilan, berbicara, dan perilaku.

2) Usia penyesuaian diri

Suatu masa dimana perhatian pokok anak adalah dukungan dari teman-teman sebaya dan keanggotaan dalam kelompok.

3) Usia kreatif

Suatu masa dalam rentang kehidupan dimana akan ditentukan apakah anak-anak menjadi konformis atau pencipta karya yang baru yang orisinal. Meskipun dasar-dasar untuk ungkapan kreatif diletakkan pada awal masa kanak-kanak, namun kemampuan untuk menggunakan dasar-dasar ini dalam kegiatan-kegiatan orisinal pada umumnya belum berkembang sempurna sebelum anak-anak belum mencapai tahun-tahun akhir masa kanak-kanak.

4) Usia bermain

Bukan karena terdapat lebih banyak waktu untuk bermain daripada dalam periode-periode lain hal mana tidak dimungkinkan lagi apabila anak-anak sudah sekolah melainkan karena terdapat tumpang tindih antara ciri-ciri kegiatan bermain anak-anak yang lebih muda dengan ciri-ciri bermain anak-anak remaja. Jadi alasan periode ini disebut sebagai usia bermain adalah karena luasnya minat dan kegiatan bermain dan bukan karena banyaknya waktu untuk bermain.

2.2.3 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Tugas-tugas perkembangan anak usia sekolah menurut Havighurst dalam Hurlock (2002) adalah sebagai berikut:

- a. Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang umum
- b. Membangun sikap yang sehat mengenai diri sendiri sebagai makhluk yang sedang tumbuh
- c. Belajar menyesuaikan diri dengan teman-teman seusianya
- d. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat
- e. Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis dan berhitung
- f. Mengembangkan pengertian-pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari

- g. Mengembangkan hati nurani, pengertian moral, tata dan tingkatan nilai
- h. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga-lembaga
- i. Mencapai kebebasan pribadi

2.3 Konsep Pola Makan

2.3.1 Definisi Pola Makan

Menurut Kemenkes RI (2012) Pola makan adalah susunan makanan yang biasa dimakan mencakup jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang/ penduduk dalam frekuensi dan jangka waktu tertentu.

2.3.2 Metode Pola Makan

Metode pengukuran pola makan untuk individu, antara lain (Supariasa, 2002) :

1. Metode *Food recall* 24 jam

Prinsip dari metode *recall* 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Hal penting yang perlu diketahui adalah bahwa dengan *recall* 24 jam data yang diperoleh cenderung bersifat kualitatif. Oleh karena itu, untuk mendapatkan data kuantitatif, maka jumlah konsumsi makanan individu ditanyakan secara teliti dengan menggunakan alat URT (sendok, gelas, piring dan lain-lain).

2. Metode *estimated food records*

Pada metode ini responden diminta untuk mencatat semua yang ia makan dan minum setiap kali sebelum makan dalam URT (Ukuran Rumah Tangga) atau menimbang dalam ukuran berat (gram) dalam periode tertentu (2-4 hari berturut-turut), termasuk cara persiapan dan pengolahan makanan tersebut.

3. Metode penimbangan makanan (*food weighing*)

Pada metode penimbangan makanan, responden atau petugas menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi responden selama 1 hari. Penimbangan makanan ini biasanya berlangsung beberapa hari tergantung dari tujuan, dana penelitian dan tenaga yang tersedia. Perlu diperhatikan, bila terdapat sisa makanan setelah makan maka perlu juga ditimbang sisa

tersebut untuk mengetahui jumlah sesungguhnya makanan yang dikonsumsi.

4. Metode *dietary history*

Metode ini bersifat kualitatif karena memberikan gambaran pola konsumsi berdasarkan pengamatan dalam waktu yang cukup lama (bias 1 minggu, 1 bulan, 1 tahun). Burke (1974) menyatakan bahwa metode ini terdiri dari tiga komponen yaitu :

- Komponen pertama adalah wawancara (termasuk *recall* 24 jam), yang mengumpulkan data tentang apa saja yang dimakan responden selama 24 jam terakhir.
- Komponen kedua adalah tentang frekuensi penggunaan dari sejumlah bahan makanan dengan memberikan daftar (*check list*) yang sudah disiapkan, untuk mengecek kebenaran dari *recall* 24 jam tadi.
- Komponen ketiga adalah pencatatan konsumsi selama 2-3 hari sebagai cek ulang. Hal yang perlu mendapat perhatian dalam pengumpulan data adalah keadaan musim-musim tertentu dan hari-hari istimewa seperti awal bulan, hari raya dan sebagainya.

5. Metode frekuensi makanan (*food frequency*)

Metode frekuensi makanan adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun. Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Bahan makanan yang ada dalam daftar kuesioner tersebut adalah yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden.

2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terbentuknya Pola Makan

Faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya pola makan tersebut, yakni sebagai berikut (Santoso, 2004):

1. Faktor ekonomi

Variabel ekonomi yang cukup dominan dalam mempengaruhi konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga. Meningkatnya akan pendapatan

akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan baik secara kualitas maupun kuantitas.

2. Faktor sosio budaya

Kebudayaan suatu masyarakat mempunyai kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah pangan yang akan dikonsumsi. Kebudayaan menuntun orang dalam cara bertingkah laku dan memenuhi kebutuhan dasar biologinya, termasuk kebutuhan terhadap pangan.

3. Agama

Pantang yang didasari agama, khususnya Islam disebut haram dan individu yang melanggar hukumnya berdosa. Konsep halal dan haram sangat mempengaruhi pemilihan bahan makanan yang akan dikonsumsi.

4. Pendidikan

Pendidikan dalam hal ini biasanya dikaitkan dengan pengetahuan, yaitu kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan inderanya yang berbeda dengan kepercayaan tahayul serta penerangan-penerangan yang keliru. Hal ini akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Rendahnya pengetahuan gizi dapat menyebabkan timbulnya masalah gizi dengan berbagai manifestasinya dalam masyarakat.

5. Lingkungan

Faktor lingkungan cukup besar pengaruhnya terhadap pembentukan perilaku makan. Lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan keluarga, sekolah, serta adanya promosi melalui media elektronik maupun cetak. Kebiasaan makan dalam keluarga.

6. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup telah membuktikan dapat mempengaruhi pola makan dan kesehatan. Gaya hidup modern yang dicirikan dengan gaya serba cepat, serba instan, efisien dan sangat ketat dalam mengatur waktu ikut mempengaruhi pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi.

7. Ketersediaan Pangan

Penyediaan pangan merupakan kegiatan pertama menuju kearah konsumsi pangan. Tidak mungkin kita mengkonsumsi makanan yang tidak tersedia.

8. Jumlah Anggota Keluarga

Dalam masyarakat terdapat variasi jumlah anggota keluarga. Dengan perbedaan jumlah anggota keluarga tetapi dengan jumlah makanan yang sama akan sangat mempengaruhi pola konsumsi seseorang.

2.4 Konsep *Family Empowerment*

2.4.1 Definisi *Family Empowerment*

Pemberdayaan Keluarga adalah mekanisme yang memungkinkan terjadinya perubahan kemampuan keluarga sebagai dampak positif dari intervensi keperawatan yang berpusat pada keluarga dan tindakan promosi kesehatan serta kesesuaian budaya yang mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga (Graves, 2007).

Konsep Pemberdayaan Keluarga memiliki tiga komponen utama. Pertama, bahwa semua keluarga telah memiliki kekuatan dan mampu membangun kekuatan itu. Kedua, kesulitan keluarga dalam memenuhi kebutuhan mereka bukan karena ketidakmampuan untuk melakukannya, melainkan sistem pendukung sosial keluarga tidak memberikan peluang keluarga untuk mencapainya. Ketiga, dalam upaya pemberdayaan keluarga, anggota keluarga berupaya menerapkan keterampilan dan kompetensi dalam rangka terjadinya perubahan dalam keluarga (Dunst et al., 1994 dalam Graves, 2007)

2.4.2 Tujuan *Family Empowerment*

Tujuan Pemberdayaan Keluarga dijelaskan berdasarkan pengertian pemberdayaan keluarga, memiliki dimensi yang luas. (Sunarti, 2008) menjelaskan tentang tujuan pemberdayaan keluarga sebagai berikut :

- 1) Membantu keluarga untuk menerima, melewati dan mempermudah proses perubahan yang akan ditemui dan dijalani oleh keluarga.
- 2) Membangun daya tahan daya adaptasi yang tinggi terhadap perubahan agar mampu menjalani hidup dengan sukses tanpa kesulitan dan hambatan yang berarti.
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan hidup seluruh anggota keluarga sepanjang tahap perkembangan keluarga dan siklus hidupnya.

- 4) Menggali kapasitas atau potensi tersembunyi anggota keluarga yang berupa kepribadian, keterampilan manajerial dan keterampilan kepemimpinan.
- 5) Membina dan mendampingi proses perubahan sampai pada tahap kemandirian dan tahapan tujuan yang dapat diterima.

2.4.3 *Family Empowerment* Sebagai Intervensi Keperawatan

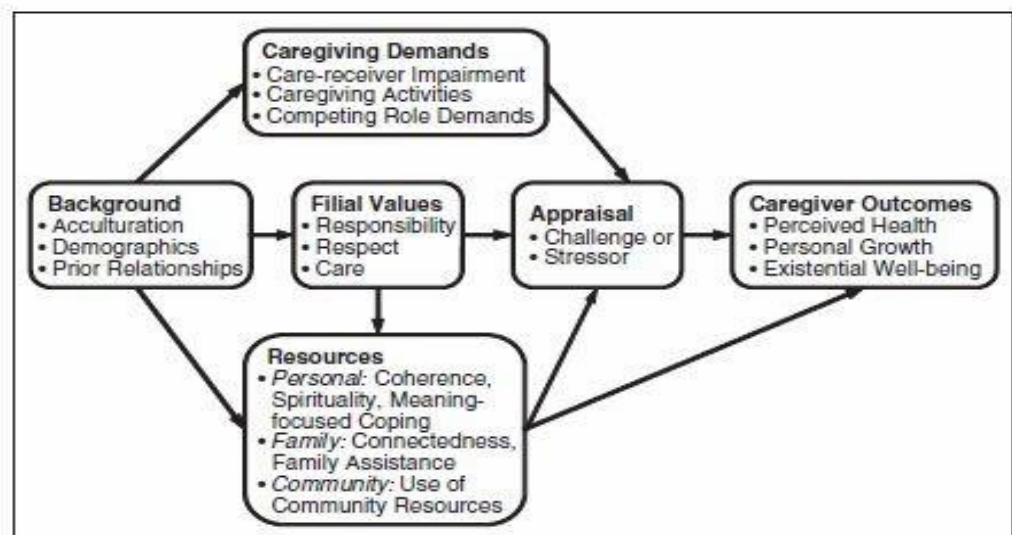
Intervensi Pemberdayaan Keluarga menurut Dunst et al's.(1988) yang diadaptasi oleh Nissim dan Sten (1991) diantaranya:

1. Membangun kepercayaan dengan membentuk hubungan dengan keluarga, membangun komunikasi empatik dan mendengarkan serta menerima seluruh anggota keluarga.
2. Membangun hubungan langsung dengan anggota keluarga yang menderita sakit (Penderita/klien)
3. Prioritaskan kebutuhan keluarga yang dirasakan oleh keluarga untuk segera ditangani terlebih dahulu
4. Membantu keluarga menentukan praktek perawatan keluarga dengan memperhatikan praktek perawatan yang telah dilakukan keluarga dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan.
5. Menyediakan informasi yang akurat dan lengkap mengenai kondisi klien atau penderita menyangkut gejala, kontrol, dan masa depan implikasi kondisi kronis.
6. Membimbing Keluarga dalam menilai dukungan internal keluarga dan sumber daya dalam memobilisasi untuk memenuhi kebutuhan pertolongan yang dirasakan keluarga.
7. Membimbing keluarga dalam menilai kekuatan keluarga dan memobilisasinya untuk memecahkan masalah
8. Memperkuat kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi beberapa alternatif pilihan perawatan.
9. Mendiskusikan dengan keluarga mendapatkan pelayanan dan perawatan dari fasilitas-fasilitas kesehatan yang tersedia
10. Berikan penilaian yang tepat (reinforcemet positif) terhadap kemampuan dan keterampilan merawat anggota keluarga yang sakit.

11. Perawat dapat melakukan promosi perawatan diri pada keluarga melalui pendidikan, negosiasi dan melakukan evaluasi pemberdayaan keluarga.

2.4.4 Model *Family Empowerment*

Model Konseptual dan empiris yang dapat digunakan untuk menjelaskan intervensi pemberdayaan keluarga adalah dengan menggunakan Model Pemberdayaan Pengasuhan (Caregiver Empowerment Model/CEM). CEM dapat lihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 1 Model Pemberdayaan Pengasuhan (*Caregiver Empowerment Model*)

Beberapa Variabel yang terdapat pada model pemberdayaan pengasuhan terdiri dari ;

- 1) Caregiving Demand (Tuntutan Pengasuhan) terdiri dari : Penurunan penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan dan tuntutan peran bersaing.
- 2) Resurces (Sumber Daya) terdiri dari , Faktor Pribadi Anggota keluarga seperti, koheren, spiritualitas dan koping yang digunakan. Faktor Keluarga seperti, keterkaitan dan bantuan keluarga. Faktor Komunitas, seperti, penggunaan sumber daya komunitas.
- 3) Filial Value (Nilai Dasar), yang terdiri dari sikap tanggungjawab, rasa menghormati dan kemampuan merawat.

- 4) Background (Latarbelakang Keluarga), terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya.
- 5) Appraisal (Penilaian), proses menilai yang terdiri dari dua komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor/penyebab stres.
- 6) Caregiver Outcome (Hasil Pengasuhan), Hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah Persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

2.4.5 Proses *Family Empowerment*

Adapun tahapan proses pemberdayaan keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Tahap Dominasi Profesional (Professional dominated phase)

Tahap ini ditandai dengan keluarga sangat percaya dan sangat tergantung pada tenaga kesehatan yang akan memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami sakit. Keluarga untuk sementara menyesuaikan dengan situasi perawatan yang dilakukan. Pada tahap ini perawat sangat penting melakukan kontrak awal dan membina hubungan saling percaya pada keluarga serta menjelaskan tentang masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga. Biasanya fase ini berjalan selama keluarga mendapatkan diagnosis awal dari kondisi kesehatan kronis atau selama dalam keadaan yang dianggap keluarga mengancam jiwa atau menyebabkan kekambuhan sakitnya.

- 2) Tahap Partisipasi Keluarga (Participatory phase)

Tahap ini terjadi sebagai akibat kondisi keluarga yang merasakan berat dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis dan muncul kesadaran kritis dan keinginan melakukan tindakan menjadi semakin meningkat. Keluarga mulai melihat diri mereka sebagai peserta penting dalam pengambilan keputusan terhadap anggota keluarga yang sakit kronis. Keluarga mulai belajar banyak tentang perawatan, aturan-aturan dari sistem perawatan kesehatan. Selain itu keluarga mulai mencari dukungan dan mencoba mengubah peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk hidup sehat.

3) Tahap Menantang (Challenging phase)

Pada tahap ini, keseimbangan pengetahuan dan keterampilan mulai bergerak dari tenaga kesehatan kepada pengetahuan dan keterampilan keluarga. Pada tahapan ini keluarga dapat mengalami kehilangan kepercayaan atau kurang percaya diri, frustrasi, tidak pasti karena keluarga harus memulai melakukan perawatan pada anggota keluarga sendiri. Pada tahapan ini sangat penting memberikan pujian terhadap kemampuan keluarga. Koping keluarga berada pada fase ini, dimana kemandirian keluarga adalah merupakan salah satu indikator koping keluarga kompeten telah dilakukan oleh keluarga.

4) Tahap Kolaborasi (Collaborative phase)

Pada tahap ini, keluarga mulai mengasumsikan identitas baru dengan menjadi lebih percaya diri dan tegas. Keluarga sudah mulai kurang bergantung kepada tenaga kesehatan. Keluarga sudah mampu melakukan negosiasi dengan tenaga kesehatan. Keluarga mulai menata ulang tanggungjawab untuk mempertahankan kehidupan keluarga dan berusaha meminimalkan dampak terhadap kondisi sakit kronis pada anggota keluarganya.